Nr 40. Kraków, 6. października 1917. Rok LVI.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. $4^1/_2$ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Rok LVI. Kraków, 6. października 1917. Nr 40.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z pracowni dyagnostycznej c. k. Namiestnictwa w Lincu.

Zmieniony odczyn Ehrlicha-Böhmego w badaniu hodowli bakteryjnych co do indolu

podał

Prof. Dr Witold Nowicki.

Jeżeli się do płynu, zawierającego indol, doda kilka kropli rozczynu paradimetylamidobencaldehydu, zawierającego kwas solny, to, jak wiadomo, wystąpi, szczególnie po dodaniu alkoholu, zabarwienie czerwone, które jeszcze przy rozcieńczeniu 1:10000 jest dobrze widoczne. Odczyn ten, polecony najpierw przez Ehrlicha, został o tyle zmieniony, że do paradimetylamidobencaldehydu dodano nadsiarczanu potasu (Kaliumpersulfat). Dodatek aldehydu ma również odczyn wzmacniać. Niestety w dostępnem mi piśmiennictwie nie mogłem znaleźć pracy, dotyczącej zastosowania aldehydu, jako odczynnika wzmacniającego odczyn Ehrlicha w badaniu co do obecności indolu, zwłaszcza w praktycznem zastosowaniu w bakteryologii. Dlatego też pozwalam sobie w krótkości podać moje postępowanie w wykonywaniu tego odczynu przy badaniu wzgl. oznaczaniu indolu w hodowlach bakteryi.

Do hodowli w 8—10 cm^3 wody peptonowej dodaję 1 cm^3 odczynnika Ehrlicha-Böhmego, następnie 2 krople 40% rozczynu formaldehydu i następnie energicznie wstrząsam zawartość probówki. Zazwyczaj już w kilku sekundach, rzadziej minucie, pojawia się wyraźne czerwonofioletowe zabarwienie, które po dodaniu alkoholu nadaje się bardzo dobrze do kolorymetrycznego oznaczenia.

Kolejność w dodawaniu odczynników do danej hodowli ma tu zasadnicze znaczenie. I tak, jeżeli najpierw doda się formaldehydu, a następnie odczynnika drugiego, to wzmocnienie wcale nie nastąpi. Zdaje się, że formaldehyd działa tu bezpośrednio na wytworzony już barwik.

Hodowla cholery azyatyckiej daje z odczynnikiem Ehrlicha wyraźne zabarwienie; dodatek 2 kropli formaldehydu wzmacnia, jak próby przezemnie wykonane wykazały, dwukrotnie nasilenie zabarwienia; 24-godzinna hodowla prątka okrężnicy daje zaledwie widoczne zabarwienie z odczynnikiem Ehrlicha, po dodaniu 2 kropel formaldehydu jest ono bardzo wybitne.

Dziwna rzecz, że czysty rozczyn indolu wzmocnienia tego nie daje. Fakt ten przemawiałby za tem, że to wzmacniające działanie formaldehydu występuje tylko przy obecności peptonu lub jakichś innych składników, w hodowli się znajdujących. Za tem przemawia okoliczność, że dodatek indolu do jałowej wody peptonowej wywołuje owo wzmocnienie zabarwienia przy następowem zastosowaniu omawianej modyfikacyi.

Nie wchodząc w istotę opisanego odczynu, sądzę, że zasługuje on na polecenie w badaniu hodowli co do zdolności wytwarzania indolu, gdyż, jak przekonałem się, oddaje on cenne usługi przy postępowaniu różniczkowem w badaniu co do przecinkowców cholery, prątków czerwonki, a dalej hodowli z grupy prątka okrężnicy i duru, jak tyfusu, paratyfusu, prątka Gärtnera i t. p. W pierwszym jednak rzędzie nadaje się ten zmodyfikowany odczyn do badania tych pni bakteryjnych, które w ogólności lub też w świeżych hodowlach wytwarzają tylko ślad indolu.

Ocenienie w przybliżeniu natężenia owego zmodyfikowanego odczynu przeprowadziłem w następujący sposób:

Z 1% rozczynu indolu sporządzono różne rozcieńczenia, w których wywołano zabarwienia zapomocą odczynnika Ehrlicha-Böhmego. Zasadniczy rozczyn indolu, zawierający w 1 cm^3 0·000001 indolu, sporządzano świeżo dla każdego oznaczenia. Do badanych hodowli bakteryjnych dodano po 1 cm^3 odczynnika Ehrlicha-Böhmego, a następnie po 2 krople formaldehydu i całą zawartość naczynia dopełniono alkoholem do 50 cm. Barwny płyn wlano do szklannego cylindra, w braku kolorymetru Wolffa. Do obok stojącego takiego samego cylindra dodawano tyle zasadniczego rozczynu indolu, dopóki nie stwierdzono tego samego zabarwienia w obu cylindrach (z hodowlą i zasadniczym rozczynem indolu), przy spoglądaniu z góry na dno naczyń, ustawionych na białym papierze. Jest rzeczą zrozumiałą, że im silniejsze zabarwienie hodowli, tem wyższy musi być słup zasadniczego rozczynu indolu w porównawczym cylindrze.

W ten sposób postępując, można liczbowo oznaczyć różnicę wytworzonego indolu, n. p. między 24-godzinną i 48-godzinną hodowlą lasecznika okrężnicy lub n. p. tegoż i cholery i t. p.

W ten sposób mogłem również oznaczyć różnicę w zabarwieniu hodowli z użyciem formaldehydu i bez niego. Tak n. p. hodowla cholery, dopełniona do 50 cm wysokości słupa, okazywała jednakowe zabarwienie z 30 cm wysokim słupem zasadniczego rozczynu indolu, który w 1 cm^3 zawierał 0·000001 indolu; z porównawczego obliczenia zatem wypada, że probówka hodowli w 8 cm^3 wody peptonowej zawierała 0·0008 gr. indolu.

W bardzo obfitym materyale tutejszej stacyi dyagnostycznej, pochodzącym prawie wyłącznie z licznych szpitali wojskowych i obozów jeńców wojennych, mieliśmy cały szereg pni bakteryjnych, wyhodowanych przeważnie ze stolców, które po 24, 48, nawet 72 godzinach, badane odczynnikiem Ehrlicha-Böhmego, nie dały nawet śladu zabarwienia, natomiast po dodaniu 2 kropli 40% rozczynu formaldehydu dały wybitne czerwono-fioletowe zabarwienie.

W praktycznem zastosowaniu ma opisana przezemnie modyfikacya, jako bardzo czuła, w badaniu hodowli bakteryjnych co do zdolności wytwarzania indolu dwojaką wartość. Po pierwsze umożliwia ona stwierdzenie najmniejszego wytwarzania indolu przez badaną hodowlę, a którego odczynnik Ehrlicha-Böhmego wykazać nie zdołał, powtóre umożliwia wykazanie wytwarzania przez daną hodowlę indolu już bardzo wcześnie, wskutek czego znacznie ułatwia i przyspiesza różniczkowe rozpoznanie względnie określenie badanego pnia bakteryjnego, zwłaszcza w grupie lasecznika okrężnicy i duru. Wiemy bowiem dobrze z tak bardzo obfitego i różnorodnego materyału w obecnej wojnie, jak często stosunkowo stwierdza się w stolcach ludzi z zaburzeniami przewodu pokarmowego, połączonemi z gorączką lub bez niej, pnie bakteryjne, które w znacznej części przy zastosowaniu różniczkowych pożywek podobne są n. p. do lasecznika paratyfusu, niektórych typów czerwonki i t. p., a których badanie co do zdolności tworzenia indolu nawet po 48 i 72 godzinach dało wynik ujemny. Otóż niejednokrotnie mie-

liśmy sposobność w tutejszej stacyi dyagnostycznej w hodowlach tych stwierdzić indol przy zastosowaniu opisanej modyfikacyi, a tem samem zmienić pierwotne przypuszczenie.

O leczeniu stanu durowatego cholery

podał

Dr W. Bujak,

asystent kliniki chorób dziecięcych.

(Wykład w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem d. 16. V. 1917).

(Dokończenie).

Stan, zwany choleryną dziecięcą, wiele posiada podobieństwa pod względem klinicznym z cholerą azyatycką, a dostępniejszy jest dla badania, raz ze względu na częstość, powtóre ze względu na większą wrażliwość ustroju dziecka, który i to przedstawia ułatwienie, że odpadają w nim przeważnie inne przypadkowe powikłania, napotykane częstokroć w ustroju osobników starszych, jak przewlekłe zmiany w narządzie krążenia, skutki zatruć (alkohol) i t. p. Otóż, jakkolwiek patogeneza stanu tego nie jest jeszcze ostatecznie wyświetlona, przecież wszystkie badania stwierdzają jednozgodnie, że sprawa zatrucia kwasowego ustroju w cholerynie dziecięcej odgrywa główną rolę. Z jednej strony wskaźnik amoniakalny moczu (Langstein-Meyer), z drugiej badania Howlanda i Mac Mariotta, wykazujące zmniejszenie CO_2 w powietrzu pęcherzykowem u osesków z dusznością, znikające po podaniu zasad, stwierdzają obecność zatrucia kwasami. Wreszcie najnowsze badania Ylppö nad rzeczywistym odczynem soków ustroju w cholerynie, oznaczanym badaniem koncentracyi jonów wodoru, szerokością regulacyjną CO_2 i krzywą dyssocyacyi O_2, stwierdzają zakwaszenie ustroju w cholerynie. W cukrzycy stwierdzono już dawniej analogiczne zmiany przy zastosowaniu podobnych metod badania.

W stanach tych, podobnie jak przy doświadczalnem zatruciu kwasami nieorganicznymi, daje się stwierdzić równoległość między zmianami fizyczno-chemicznemi, a objawami klinicznymi, jakimi są: wielkie oddychanie i zaburzenia przytomności. Zależność tego zbioru objawów zatrucia kwasami została udowodniona przez Sziliego i przez Ylppö, który u osesków, chorych na zatrucie pokarmowe (choleryna) i okazujących zaburzenia przytomności, znalazł wzmożoną kwaśność płynu mózgowo-rdzeniowego.

Nie mogąc zastosować dokładniejszych metod badania, musiałem ograniczyć się do oznaczania bezwzględnych ilości NH_3 w moczu sposobem Rouchèse-Malfattiego, stosując równocześnie leczenie zasadami — przeważnie cytrynianem sodu — którego dopiero bardzo znaczne ilości, 50—60 gr. dziennie, zmniejszały ilości NH_3 i wywoływały zobojętnienie oddziaływania moczu na lakmus, co również może dawać miarę zwiększania w ustroju ilości kwasów, nie ulegających spaleniu (Blum).

Przy tego rodzaju leczeniu zauważyłem, że objawy kliniczne ustępują równolegle wraz ze zmniejszaniem się ilości NH_3 oraz kwaśności moczu, gdy mocz po 3—4 dniach podawania zasad z silnie kwaśnego stawał się obojętnym, względnie zasadowym.

Materyał kliniczny, na którym przeprowadzałem próby, jest niestety bardzo szczupły, co tłómaczy się z jednej strony niemożnością uzyskania materyału przez dłuższy czas, z drugiej zmniejszeniem się przypływu chorych, wreszcie trudnościami otrzymania większych ilości cytrynianu sodowego.

W czasie, w którym rozpocząłem leczenie cytrynianem sodu, t. j. od 1. VI. 1915 do 25. VII. 1915, przybyło do szpitala 12 chorych, których bez wyboru rozmieszczono w 2 salach; w jednej stosowano zwykłe sposoby leczenia (wlewania podskórne, środki sercowe, diuretyna), w drugiej cytrynian sodowy, a raz tylko wlewanie podskórne roztworu fizyologicznego z powodu bardzo słabego tętna. Z 6 chorych, leczonych dotychczasowym sposobem, zmarli wszyscy = 100%. Z 6 chorych, którzy otrzymywali cytrynian sodowy, zmarł 1 = 16·6%, przyczem nadmienić należy, że przyczyną śmierci były bardzo daleko posunięte zmiany czerwonkowe jelit, jakie widuje się niekiedy w cholerze; chory ten przebył szczęśliwie okres durowaty, a dostał pierwszych objawów czerwonkowych w 5 dni po ustąpieniu wielkiego oddychania i zmarł w 23. dniu choroby.

Poniżej przytaczam historye choroby 6 przypadków, leczonych cytrynianem sodu.

I. A. P. lat 21. Zachorował 5. VI./15 wśród wymiotów i biegunki. 7. VI./15 wlewanie podskórne soli z powodu bardzo słabego tętna.

8. VI./15. Twarz zaczerwieniona, skóra mało elastyczna, kończyny chłodne, sinawe. Język suchy, obłożony. Tony serca czyste, tętno miernie napięte. Senność, apatya.

Wielkie oddychanie zaznaczone. Stolce ryżowe. C. 36·8. W ciągu dnia 20 gr. cytrynianu sodu.

9. VI. Tętno dobrze napięte; senność, apatya, wielkie oddychanie j. w. C. 35·5, 37·0. — 40 gr. cytr. sodu.

10. VI. Ślad białka w moczu. C. 36·0, 39·6. — 40 gr. cytr. sodu.

11. VI. Wymioty, senność. C. 35·6, 35·9. — 40 gr. cytr. sodu.

12. VI. W nocy wymioty. C. 35·4, 36·5. — 50 gr. cytr. sodu.

13. VI. Apatya mniejsza, senność ustąpiła, oddychanie prawidłowe. C. 36·2, 36·0. — 30 gr. cytr. sodu.

14. VI. Stan dobry, poza ogólnem osłabieniem.

19. VI. Nieżyt pęcherza, który przy leczeniu urotropiną ustąpił w ciągu 6 dni.

II. P. R. lat 28, zachorował 6. VI./15 na lekką biegunkę, ból i zawroty głowy, ogólne osłabienie.

9. VI./15. C. 36·2, tętno dosyć dobre; 4 stolce płynne, barwy żółtej; bóle brzucha.

10. VI./15. Budowa dobra, odżywienie mierne. Chory apatyczny, twarz zaczerwieniona, kończyny chłodne; tętno miernie napięte. Język obłożony, mało wilgotny. Wieczorem wymioty. C. 36·5.

11. VI. Dwukrotnie wymioty, 2 stolce. Tętno lepiej napięte. Wybitne »wielkie oddychanie«. C. 35·0, 35·4. — 20 gr. cytr. sodu.

12. VI. Stan bez zmiany. C. 35·6, 36·0. — 20 gr. cytr. sodu.

13. VI. Wielkie oddychanie słabsze; apatyczny, kończyny chłodne. C. 36·0, 36·8. — 40 gr. cytr. sodu.

14. VI. Apatya mniejsza, wielkie oddychanie zaznaczone. Biegunka ustąpiła. C. 35·6, 35·8. — 40 gr. cytr. sodu.

15. VI. Wymioty kilkakrotnie. C. 36·4, 37·4. — 30 gr. cytr. sodu.

16. VI. W moczu białko 1‰. C. 36·0, 37·5. — 30 gr. cytr. sodu.

17. VI. C. 36·4, 37·6. — 25 gr. cytr. sodu.

18. VI. 1 stolec. Oddychanie prawidłowe. — 25 gr. cytr. sodu.

W dalszym przebiegu surowicze zapalenie ślinianki przyusznej po obu stronach i nieżyt pęcherza. Zupełne wyleczenie.

III. A. K. lat 27, d. 19. VI./15 dostał nagle biegunki, bolów głowy, kurczów w łydkach, chrypki i sinicy.

21. VI. C. 36·4, bóle brzucha, wymioty 2-krotne, stolce płynne, zielonawe.

22. VI. C. 36·2, wymioty, stolce ryżowe, tętno napięte.

W tym dniu przewieziony do szpitala epidemicznego, gdzie stwierdzono:

Budowa dobra, odżywienie mierne. Twarz zaczerwieniona, spojówki nastrzykane; język suchy, obłożony; tętno silnie napięte. Oddychanie wielkie wybitne. Brzuch zapadnięty, pluskanie;

ślady po hypodermoklizach. Chory silnie zamroczony, senny; katatonia.

23. VI. C. 36·3, 36·0. — 50 gr. cytr. sodu.

24. VI. Senność ustąpiła, wielkie oddychanie znacznie słabsze. C. 36·3, 36·5. — 50 gr. cytr. sodu.

25. VI. Wymioty. W moczu 0·25‰ białka. C. 36·6, 36·8. — 60 gr. cytr. sodu.

26. VI. Stan zupełnie dobry. C. 37·0. — 20 gr. cytr. sodu.

2. VII. Obrzęki kończyn dolnych, głównie na stopach. Białko 0. C. 36·7, 37·2.

10. VII. Obrzęki ustąpiły.

IV. W. K. lat 21, zachorował nagle o godz. 6 rano d. 5. VII./15 z objawami: wymioty, biegunka, kurcze w łydkach, ból głowy. W dniu tym został przewieziony na oddział choleryczny, gdzie stwierdzono, co następuje:

Budowa dobra, odżywienie średnie. Wyraźna sinica, na palcach »skóra praczek«, kończyny zimne, język suchy. Tony serca głuche, tętno bardzo słabe. Brzuch wzdęty, pluskanie. »Wielkie oddychanie« zaznaczone. Stolec płynny, ryżowy; wymioty treścią płynną obfitą. C. 37·3. Sól kuchenna 30 gr. wewnętrznie.

6. VIII. Tętno lepiej napięte. Głos ochrypły. Wymioty częste, stolców 5. Mocz kwaśny, zawiera białka 2‰, ilość dobowa 175 cm. C. 35·8, 36·5. — Sól kuchenna 30 gr.

7. VII. Wielkie oddychanie wyraźniejsze. W moczu białka 2‰, ilość dobowa 1300 cm. 6 płynnych stolców. Tętno miernie napięte. C. 35·8, 35·8. — Sól kuchenna 20 gr.

8. VII. Tętno dobre. Ilość moczu 1000 cm. C. 35·6, 35·8.

9. VII. Ilość moczu 700 cm. C. 35·7, 36·0. — 25 gr. cytr. sodu.

10. VII. Zamroczenie, senność; w nocy chory niespokojny, wymiotował kilkakrotnie. Wielkie oddychanie wyraźne; twarz zaczerwieniona. Spojówki nastrzykane. Ilość moczu 875 cm, kwaśny, białko 0·25‰. C. 36·4, 36·5. — 50 gr. cytr. sodu.

11. VII. Wymioty w nocy częste, przez dzień słabsze. Ilość moczu 2700 cm., oddziaływanie obojętne, białka ślad po odstaniu z kw. azotowym. C. 36·0, 36·4. — 45 gr. cytr. sodu.

12. VII. Wielkie oddychanie ustąpiło; stolce zbite, wymioty 1 raz. Ilość moczu 1500 cm., oddziaływanie obojętne, białka śladzik. C. 36·2, 37·0. — 50 gr. cytr. sodu.

13. VII. Ilość moczu 1800 cm. C. 36·2, 37·4. — 50 gr. cytr. sodu.

14. VII. Wysypka choleryczna. Oddychanie prawidłowe. C. 37·2, 36·5. — 50 gr. cytr. sodu.

15. VII. Wysypka obfitsza. C. 37·0, 37·2.

17. VII. Wysypka zbladła. C. 36·7, 37·6.

V. A. S. lat 22, zachorował 22. VII/15, wymioty, biegunka, bóle głowy.

23. VII/15. Budowa i odżywienie mierne. Kończyny chłodne, na palcach »skóra praczek«; tętno miernie napięte. W jelitach pluskanie, stolce płynne. — 10 gr. soli kuchennej w ciągu dnia.

24. VII. Głos ochrypły; 10 stolców płynnych. Tętno słabo napięte. C. 35·5, 36·7. — 10 gr. soli kuchennej.

25. VII. W moczu białko 1‰, 3 stolce płynne. C. 35·5, 35·8. — 10 gr. soli kuchennej.

26. VII. Senność, wielkie oddychanie zaznaczone. C. 35·5, 35·7. — 10 gr. soli kuchennej.

27. VII. Stan tensam. 900 cm moczu, oddziaływającego kwaśno, ślad białka. — 70 gr. cytr. sodu.

28. VII. Wielkie oddychanie bez zmiany, tętno napięte silnie, senność. Ilość moczu 2100 cm., silnie kwaśny, ślad białka. C. 35·5, 35·8. — 60 gr. cytr. sodu.

29. VII. Wymioty dwukrotne. Oddychanie głębokie, wolne, 12 na minutę. 3170 cm. moczu kwaśnego, zawierającego ślad białka. — 70 gr. cytr. sodu.

30. VII. Stan ogólny dobry, chory żąda pożywienia. Oddechy prawidłowe, 18 na minutę. 1880 cm. moczu słabo kwaśnego, zawierającego ślad białka. C. 36·1, 36·4. — 70 gr. cytr. sodu.

31. VII. 2250 cm. moczu o odczynie obojętnym; białka śladzik. C. 36·1, 36·4.

1. VIII. Stan dobry. C. 36·2, 36·5.

VI. A. K. lat 38, zachorował 2. VII./15 wśród wymiotów, biegunki, kurczów w łydkach.

3. VII./15. Budowa mierna, odżywienie słabe. Skóra sucha, mało elastyczna; na wargach, uszach i palcach wyraźna sinica; oczy głęboko zapadłe. Język obłożony, mało wilgotny. Tony serca głuche, tętno słabo napięte, kończyny zimne. Na brzuchu ślady po 2 wlewaniach podskórnych. W jelitach pluskanie. Głos ochrypły. C. 36·6. — 10 gr. NaCl.

4. VII. Tętno lepiej napięte. Wymioty 7 razy, 4 stolce płynne. Moczu nie oddaje. C. 36·0, 37·0.

5. VII. Pierwszy raz oddany mocz w ilości 20 cm na dobę zawiera białka 1‰. Wymioty, czkawka. Tętno twarde, twarz zaczerwieniona, wielkie oddychanie, apatya, zamroczenie. C. 36·7, 37·0. — 40 gr. cytr. sodu.

6. VII. Dobowa ilość moczu 185 cm., białka 1‰, odczyn kwaśny. Tętno twarde, ból głowy. Wielkie oddychanie wyraźne. C. 36·4, 36·7. — 50 gr. cytr. sodu.

7. VII. Ilość moczu 30 cm., białka 1·5%, odczyn słabo kwaśny. Oddychanie prawidłowe, zamroczenie ustąpiło. C. 36·5, 36·8. — 40 gr. cytr. sodu.

8. VII. Wymioty 1 raz, 3 stolce. 290 cm. moczu obojętnego. C. 36·4, 36·8. — 35 gr. cytr. sodu.

9. VII. 2 stolce, ilość moczu 625 cm. C. 36·4, 36·5.

10. VII. 870 cm. moczu, białka 0·75‰.

11. VII. 1980 cm. moczu.

12. VII. W nocy nagle biegunka, powodująca znaczne osłabienie. Ilość moczu 3850 cm. C. 35·8, 36·0.

13. VII. Biegunka słabsza — stolców 8, z domieszką śluzu. C. 36·6, 36·6.

14. VII. Stan nieco lepszy; w ciągu dnia 4 stolce. C. 36·0, 36·8.

15. VII. 4 stolce śluzowe, w ostatnim stolcu krew. C. 36·6, 37·1.

16. VII. 20 stolców śluzowo-krwawych. C. 36·8, 37·6.

W dalszym ciągu stolce śluzowo-krwawe utrzymują się uporczywie mimo energicznego leczenia i wywołują postępujące osłabienie; pod koniec wystąpiły objawy zadrażnienia otrzewnej (wymioty, czkawka, wzdęcie i bolesność brzucha, »facies hippocratica«) i przyprawiły chorego o śmierć d. 25. VII./15. W stolcach badanie bakteryologiczne nie wykazało obecności swoistych prątków czerwonki.

Na sekcyi stwierdzono, obok nastrzykania otrzewnej, bardzo rozległe zmiany dyzenteryczne całego jelita grubego i dolnego odcinka jelita czczego; ściany okrężnicy grubo naciekłe, tak, że miejscami okazują chrząstkowatą twardość; w ścianach głębokie owrzodzenia, drążące aż pod otrzewnę.

Z przytoczonych historyi chorób okazuje się, że dzienne dawki cytrynianu sodu w ilości 50—60 gr. są stosunkowo małe, skoro wywołują zobojętnienie moczu dopiero po 3 do 4 dniach, wobec czego w przypadkach cięższych należałoby ilości te podwoić lub nawet potroić. Zażywanie większych ilości tego leku nie napotykało ze strony chorych na poważniejsze trudności, o ile podawało się go w roztworze wodnym stężonym z dodatkiem kwasu cytrynowego w dawkach częstych i niewielkich. Wymioty nie zwiększały się w żadnym przypadku, owszem ustępowały; także i na jelita nie zauważyłem niekorzystnego wpływu, jaki widuje się przy podawaniu większych ilości dwuwęglanu sodowego, a który polega na wywoływaniu biegunek. Ten wzgląd, jako też przyjemniejszy smak przemawiają za stosowaniem raczej cytrynianu sodowego, niż dwuwęglanu sodowego. Na białkomocz wywierało zawsze zalkalizowanie moczu wpływ korzystny, który przypisać należy z jednej strony zobojętnieniu produktów kwaśnych, drażniących nerki, a znanych z patologii choleryny dziecięcej (Finkelstein) wzgl. śpiączki cukrzycowej, a wreszcie z doświadczeń F. Sachsa, Noordena i Hösslina nad zmniejszaniem się ilości białka po zalkalizowaniu moczu.

Jedyną stroną ujemną, jaką mogłem zauważyć, były obrzęki na kończynach dolnych u chorego Nr III, które odnieść należy bezpośrednio do działania Na, wywołującego nadmierne zatrzymanie wody. Podobne obrzęki po podaniu większych ilości sody opisał L. Blum. Sprawa ta niema zresztą poważniejszego znaczenia, gdyż zatrzymanie wody w ustroju, odwodnionym w pierwszym okresie choroby, może być uważane tylko za pożądane.

Zdaję sobie sprawę, że materyał, jaki mogę przytoczyć, jest bardzo szczupły. Uderzająca jednak różnica śmiertelności obu szeregów doświadczeń i teoretyczne uzasadnie-

nie podanego sposobu leczenia powinny zachęcić do dalszych prób, tem więcej, że dotychczas stosowane sposoby leczenia okazały się wobec stanu durowatego cholery zupełnie bezsilne.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe d. 1. VI. 1917.

Przewodniczy kol. Kohlberger, protokołuje kol. Bocheński. Obecnych członków 20.

I. Kol. Bocheński przedstawia dwie chore **ze ścieśnieniem miednicy** dość znacznego stopnia, u których dzięki odpowiedniej dyecie w czasie ciąży, u pierwszej celowo poleconej, u drugiej zaś przypadkowo stosowanej, udało się uzyskać na końcu ciąży dzieci żywe i donoszone.

Historye chorób tych chorych są następujące:

a) A. S. lat 34. Rodziła 3 razy. Pierwszy poród siłami natury, trwał kilka dni. Płód obumarł na 8 dni przed rozpoczęciem się porodu. Drugi poród w położeniu pośladkowem przy pomocy lekarskiej. Płód nieżywy. Trzeci poród również przy pomocy lekarskiej w położeniu pośladkowem. Płód nieżywy. Podczas czwartej ciąży zgłosiła się chora po poradę lekarską w VIII. miesiącu księżycowym ciąży. Badanie stwierdziło wówczas położenie płodu poprzeczne, miednicę ogólnie ścieśnioną, przeważnie płaską krzywiczą, o wymiarach następujących: Distantia spinalis 27 cm, cristalis 28 cm, trochanterica 30 cm, conj. ext. $17^1/_2$ cm, diagonalis $9^1/_2$ cm, conj. vera od $7^1/_2$—8 cm. Z uwagi na przebieg poprzednich porodów i ze względu na to, że chora pragnęła mieć dziecko żywe, zaproponowano jej rozwiązanie na końcu ciąży przy pomocy cięcia cesarskiego. Ponieważ jednak na zabieg ten stanowczo się nie godziła, więc B. polecił jej dyetę Prochownika, której chora bardzo ściśle przestrzegała. Po 69 dniach tej dyety wystąpiła czynność porodowa. Przy ujściu rozwartem prawie zupełnie wykonał B. obrót na nóżki i wydobył płód żywy, donoszony, wagi 3500 gr., 52 cm długi. Na płodzie, zupełnie dobrze rozwiniętym, stwierdzić można było podatność i miękkość kości czaszki, które przy wytaczaniu główki zaadaptowały się bardzo łatwo, tak że przeprowadzenie główki przez miednicę nie przedstawiało trudności. (Przypadek z praktyki prywatnej).

b) M. L. lat 21, po raz pierwszy w ciąży. Zgłosiła się do kliniki położniczej dnia 20. V. b. r., podając, że 19. V. wystąpiła czynność porodowa, a wody odeszły tego samego dnia o godz. 12 w nocy. Badanie podmiotowe wykazało: Pierwiastka rodząca w pierwszym okresie porodowym, na końcu ciąży. Płód w położeniu czaszkowem, pierwszem, żywy. Główka nad wchodem ruchoma. Miednica o wymiarach mniejszych, zwłaszcza prostym, a mianowicie: Dist. spin. 23 cm, crist. 25 cm, troch. 29 cm, C. ext. $17^1/_2$ cm, diagonal. mniej niż 9 cm, vera $7^1/_2$ cm. Obwód miednicy 76 cm. Wobec tego, że badanie nie wykazało żadnej innej przyczyny, przeszkadzającej wstąpieniu główki do miednicy, jak to u pierwiastki już przy końcu ciąży być powinno, musiano przyjąć, że przyczyną tą jest niestosunek porodowy z powodu ścieśnionej miednicy. Przypuszczenie, że przy tym niestosunku porodowym przyjdzie prawdopodobnie do operacyjnego ukończenia porodu i że rokowanie co do urodzenia płodu żywego jest wątpliwe, nie sprawdziło się. Albowiem dnia 21. V. o godz. 1'45 w nocy, t. j. po czynności porodowej, trwającej przeszło dwie doby, nastąpił poród siłami natury. Urodzony płód wagi 3300 gr., długości 51 cm, okazywał wszelkie cechy płodu donoszonego, dobrze rozwiniętego, a uderzało tylko, że był stosunkowo do wagi i wzrostu dość chudy i że kości czaszki były bardzo miękkie i podatne. Kość boczna lewa zachodziła bardzo znacznie pod kość boczną prawą, co jeszcze obecnie, t. j. po 10 dniach, wyraźnie stwierdzić można. Wskutek tak znacznego zachodzenia kości bocznych pod siebie okazywała główka bardzo znaczne stosunkowo ścieśnienie i to w wymiarze poprzecznym, co i pomiarami stwierdzić się daje (Dist. bifront. 6 cm, bipar. 8 cm, fronto-occipit. 11 cm, mento-occipit. $13^1/_2$ cm, suboccip.-bregm. $8^1/_2$ cm). Ta sama okoliczność tłumaczy również zmniejszenie obwodu główki, który bezpośrednio po porodzie przy zachodzących jeszcze znacznie kościach bocznych wynosił 30 cm. Podatność i miękkość kości główki odnieść należy do wpływu odpowiedniego pożywienia, jakiem matka w czasie całej ciąży się żywiła. Podaje ona mianowicie, że wskutek warunków, w jakich podczas wojny się znalazła, odżywiała się w czasie całej ciąży stosunkowo skąpo, jadła przeważnie mięso, natomiast potraw mącznych prawie zupełnie nie używała. Co do płynów, to piła wodę bez ograniczenia, lecz nie sądzi, by w nadmiernej ilości. Pożywienie to odpowiada więc zasadniczo wymaganiom, jakie Prochownik przy swej dyecie podaje, i tej okoliczności przypisać należy rozwój płodu o kościach miękkich i podatnych, które mimo dość znacznego niestosunku porodowego pozwoliły na znaczną adaptacyę główki i umożliwiły w ten sposób poród siłami natury. Oprócz jakości nie bez znaczenia musiała być również i ilość pożywienia.

Omówiwszy obszernie zasadę dyety Prochownika, którą właściwie już w roku 1803 polecał Brünninghausen, i podawszy wyniki statystyczne znanych w piśmiennictwie przypadków, wyraża B. zdanie, że postępowanie to w wielu przypadkach miednic ścieśnionych może z dobrym skutkiem być zastosowane i dlatego powinno się więcej na nie zwrócić uwagi.

II. Kol. Lenartowicz przedstawia przypadek **strupnia woszczynowatego łupieżowatego ogólnego** (favus universalis squamosus), dotyczący chorej 12-letniej. Przypadek ciekawy, raz dlatego, że przedstawiał znaczne trudności rozpoznawcze, a powtóre dlatego, że okazuje niezwykłą rozległość zmian chorobowych pod postacią chorobową rzadko spostrzeganą. Chora po raz pierwszy przebywała na oddziale w listopadzie 1916 przez kilka dni. Mimo, że zmiany chorobowe wówczas przedstawiały obraz prawie taki sam, jak obecnie, rozpoznania nie ustalono, a raczej jednostkę chorobową określono fałszywie, przypuszczając »naevus ichtyosiformis universalis«. Po raz wtóry zgłosiła się chora 5. V. 1917. Obecnie dzięki badaniu mikroskopowemu powiodło się ustalić rozpoznanie.

Zmiany chorobowe dotyczą skóry owłosionej głowy, skóry twarzy, prawie całego tułowia i kończyn górnych i dolnych z małemi tylko przestrzeniami skóry zdrowej. Wszystkie paznokcie rąk i nóg okazują mniej lub więcej posunięte zmiany chorobowe. Zdrowe zupełnie są tylko partye skóry, ostro odgraniczone od ognisk chorobowych na twarzy (część przyuszna policzków) i na tułowiu (drobne części w okolicy międzyłopatkowej, wązki skrawek w okolicy kości krzyżowej) i okolica okołopępkowa (na przestrzeni dłoni). Owłosienie głowy prawie zupełnie zniszczone. Nieliczne pozostałe włosy są ćme i cienkie, nie okazują jednak kruchości i łamliwości. Prawie zupełny brak brwi i rzęs. Skóra twarzy zgrubiała, sucha, barwy brunatnej, łuszcząca się, sprawia wrażenie maski. Na tułowiu i kończynach tesame zmiany, tylko łuszczenie jest wybitniejsze, łuski grube, zbite, dają się z trudnością tylko mechanicznie usunąć. Znaczne zgrubienie skóry, zwłaszcza w okolicy przegubów kolanowych. Rysunek powierzchownych warstw skóry zatarty. Ogniska chorobowe odrzynają się ostrymi konturami od zdrowych. Po drapaniu się chorej występuje na granicach zmian chorobowych wązki rąbek zapalny. Paznokcie zgrubiałe i kruche, barwy brudno szarożółtej, okazują mniej lub więcej rozległe ubytki. W czasie pobytu chorej w szpitalu nigdzie i nigdy nie można było zauważyć charakterystycznych dla strupnia woszczynowatego tarczek (scutula favosa). Okoliczność ta, jak i obraz chorobowy, utrudniały rozpoznanie. Daty wywiadowe niejasne i nienależycie przez chorą, mało inteligentną, zaobserwowane, nie mogły również ułatwić rozpoznania. Myśl, że w danym przypadku może chodzić o strupień woszczynowaty łupieżowaty, poruszył doc. Dr Mucha. Przedsięwzięte za jego radą próby wyhodowania tarczek zapomocą założenia opatrunku nieprzepuszczającego na skórę głowy zwilżoną, zawiodły. Nawet po kilku dniach ani śladu tarczek dostrzedz nie było można. Natomiast łuski, wzięte z rozmaitych miejsc skóry głowy z włosami i bez włosów, z tułowia, kończyn, jakoteż cząstki paznokci, badane bądź to wprost, bądź też po kilkogodzinnem hodowaniu ich w wilgotnej komorze Plauta, wykazywały obecność grzyba o ułożeniu grzybni i zarodników, charakterystycznych dla gatunku, znanego pod nazwą »achorion Schönleini«.

Wiadomo, że strupień woszczynowaty pojawiać się może i na miejscach nieowłosionych skóry i stąd sprawiać pewne trudności rozpoznawcze. Sam mowca opisał w r. 1903 przypadek strupnia woszczynowatego nosa, bez śladu zmian chorobowych na skórze owłosionej głowy. W piśmiennictwie nierzadkie są też przypadki podobne. Zwyczajnie jednak ułatwia rozpoznanie obecność tarczek. W przedstawionym przypadku tej cechy nie było można wykazać, stąd też przypadek ten uważać należy za rzad-

szy i zaliczyć go do grupy rozpoznawczej trudnej (»forme pityriasique« Bodina).

III. Kol. Hornowski:

a) przedstawia **bezoar**, składający się z włosów, z żołądka chorej umysłowej lat 42 (psychosis epileptica) i omawia wogóle bezoary, spotykane przeważnie u zwierząt, a rzadko tylko u ludzi. Przedstawiony okaz należy do większych tego rodzaju, gdyż jest wielkości dużego kułaka ludzkiego.

b) Następnie kol. Hornowski wygłasza odczyt p. t.: **Badania nad przysadką mózgową, jej unaczynieniem i zmianami patologicznemi w stosunku do dystrophia adiposogenitalis.**

Prelegent omawia przedewszystkiem 9 przypadków gruźlicy przysadki mózgowej, które spostrzegał. Na zasadzie usadowienia i sposobu szerzenia się gruźlicy doszedł prelegent do wniosku, że naczynia wchodzą do przysadki mózgowej przez nóżkę. Jako dalszy dowód takiego właśnie unaczynienia przysadki mózgowej przytacza prelegent rzadkość przechodzenia różnych spraw patologicznych, szerzących się drogą naczyń, nawet z bezpośredniego otoczenia przysadki, o ile nie dotyczą one nóżki (sprawy ropne, sprawy nowotworowe). Za wchodzeniem naczyń przez nóżkę przemawia również i rozwój wzdłuż naczyń tkanki łącznej w sprawach marskości przysadki mózgowej. Wreszcie w kilku przypadkach spostrzegał prelegent typowe zawały w przysadce, których podstawa nie dochodziła bezpośrednio do obwodu części przedniej.

Na tej podstawie doszedł prelegent do niezbitego wniosku, iż unaczynienie przysadki mózgowej jest dwojakie. Jedno, główne, idzie przez nóżkę, drugie, drobne, polega na odżywianiu powierzchownych warstw obwodowych części przedniej przez tętniczki, idące od torebki, analogicznie do unaczynienia nerki. Obecność zawałów przemawia za tem, iż naczyńka przysadki mózgowej są tętniczkami końcowemi. Jako dalszy tego dowód przytacza prelegent badania, wykonane nad silnie przekrwionemi przysadkami mózgowemi, z których skrawki seryowe lub prześwietlanie »en masse« w anilinie wykazywało taki właśnie układ naczyń. Ten sposób unaczynienia ma zasadnicze znaczenie dla zrozumienia możliwości powstawania sprawy, zwanej »dystrophia adiposo-genitalis« w związku tylko z czynnościowem upośledzeniem działania przysadki mózgowej przy jakimkolwiek ucisku na nóżkę przysadki, co wywołuje gorsze odżywianie przysadki.

Prelegent omawia szereg przypadków »dystrophia adiposogenitalis«, które można łatwo objaśnić w ten sposób, przytaczając w tem przypadki własne. Wszędzie tam, gdzie można było wykazać utrudnienie w należytym dopływie krwi do przedniej części przysadki mózgowej, występowały w większym lub mniejszym stopniu objawy dystrophiae adiposae lub adiposogenitalis, a więc w marskości, dotyczącej części pośredniej, w martwicy tej części, torbieli nóżki, ucisku na nóżkę przez nowotwory, wodogłowie. Przy wodogłowiu odgrywają jednak rolę i inne czynniki, a mianowicie stosunek przysadki do przepony z opony twardej, oraz do siodełka. Działanie wodogłowia wewnętrznego na przysadkę mózgową warunkuje się przez stopień i rodzaj napięcia przepony przysadki z opony twardej oraz przez stopień, w jakim siodełko jest wypełnione przez przysadkę, co daje lub nie daje przysadce możność rozszerzania się i przystosowywania bez zmiany czynności do zmienionych warunków ciśnienia.

Prelegent objaśnił swój odczyt licznymi rysunkami.

W dyskusyi: a) kol. Orzechowski przypomina, że przed kilku laty ś. p. kol. Czarnik rozpoznał za życia u dziecka gruzełek przysadki mózgowej, stwierdzony następnie na sekcyi. Rozpoznanie natury guza było w tym przypadku ułatwione wskutek tego, że na krótki czas przed śmiercią wystąpiły objawy gruźliczego zapalenia opon. Materyał ten, o ile sobie mowca przypomina, był następnie przedstawiony w lwowskiem Towarzystwie lekarskiem przez kol. Nowickiego. Spostrzeżenia kol. Hornowskiego co do unaczynienia przysadki mózgowej uważa za bardzo doniosłe z tego powodu, że tłumaczą one mechanizm powstawania zwyrodnienia tłuszczowopłciowego w wielu niejasnych dotąd zresztą przypadkach. Rodzaj unaczynienia przysadki, przedstawiony przez kol. Hornowskiego, przypomina analogiczne stosunki w unaczynieniu rdzenia (stosunek art. sulci anter. do vaso-corona lub unaczynienie przednich rogów rdzenia wobec układu naczyń reszty rdzenia). Tutaj jednak istnieją napewno pewne, choć nieliczne anastomozy. Stwierdzenie istnienia tętnicy końcowej w przedniej części przysadki tłumaczy możność ostrego powstania obrazu zwyrodnienia tłuszczowo-płciowego, n. p. wskutek zapalenia błony wewnętrznej tejże tętnicy. Mowca przypomina sobie, że widział przypadki zwyrodnienia tłuszczowo-płciowego u ludzi w dojrzałym wieku, u których ani guza przysadki nie było, ani też nie było podstawy do przyjęcia przebytego wodogłowia, z dobrem rokowaniem, gdzie etyologia sprawy była zupełnie niewytłumaczona, a gdzie widocznie chodziło o zmiany zapalne, zamykające światło tętnicy, idącej przez nóżkę przysadki. Zapewne znaczna część przypadków zwyrodnienia tłuszczowo-płciowego przy kile dziedzicznej, przedstawionych w ostatnich czasach przez Nonnego i jego szkołę, w ten sposób wywodzi swą etyologię. Naturalnie, że naciek kiłowy może dotyczyć wprost miąższu przysadki w pewnych przypadkach, ale w innych może sprawa ograniczać się do zajęcia błony wewnętrznej naczyń na tle kiłowem, która to sprawa nie jest tak rzadka. Zwyrodnienie tłuszczowo-płciowe, zdarzające się przy wodogłowiu, odnieść można do ucisku na nóżkę i jej tętnicę, jak Hornowski, albo też wprost do ucisku na samą przysadkę przez zrosty naokoło niej, lub też wreszcie do zrostów, które ograniczają się do nóżki przysadki tylko i uciskają jej tętnicę końcową.

IV. Przewodniczący zawiadamia, że w czerwcu b. r. odbędzie się Zjazd higienistów polskich w Warszawie. Zachęcając kolegów do wzięcia udziału w tym Zjeździe, oznajmia równocześnie, że w myśl uchwały Wydziału Towarzystwo lekarskie lwowskie weźmie udział w Zjeździe przez wysłanie wybrać się mających delegatów.

V. Kol. Wiczkowski odczytuje i uzasadnia wniosek, dążący do tego, by Namiestnictwo przy obradach nad odbudową kraju wyznaczyło miejsca dla trzech reprezentantów Towarzystwa, których głos będzie wyrazem opinii lekarskiej.

Wniosek ten uchwalono jednomyślnie i wraz z odpowiedniem umotywowaniem postanowiono przesłać Namiestnictwu.

Sekretarz Dr Bocheński.

Sprawy Izb lekarskich.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska w Krakowie.

Posiedzenie Wydziału Izby w dniu 4. lutego 1916.

Obecni: Prezydent Dr Schoengut (przewod.), Dr Damski. prof. Dr Ciechanowski. Nieobecność usprawiedliwił Dr Bednarski,

1. Przyjęto protokół z poprzedniego posiedzenia.

2. Prezydent zawiadamia o zwołanem do Wiednia posiedzeniu Wydziału wykonawczego Izb i oświadcza, że na to posiedzenie pojedzie. Przyjęto do wiadomości.

3. Sprawa wysłania lekarzy II powołania pospolitego ruszenia poza Galicyę. Uchwalono wnieść prośbę do Namiestnictwa, aby uzyskało u Władz wojskowych pozostawienie lekarzy II powołania w kraju, w którym już obecnie jest wielki brak lekarzy, oraz uchwalono poruszyć tę sprawę na posiedzeniu Wydziału wykonawczego Izb.

4. L. 16. Sprawa historyi chorób, pozostałych po ś. p. prof. Dr Wicherkiewiczu. Prezydent zdaje sprawę z korespondencyi z prof. Makarewiczem. Przyjęto do wiadomości.

5. L. 186. Instytut dla wdów i sierot w Wiedniu nadesłał 1939·10 kor. Przyjęto do wiadomości.

6. L. 179. Rząd wyasygnował ratę półroczną subwencyi na cele dobroczynne 2800 kor. Przyjęto do wiadomości.

7. Podania o zapomogę. Uchwalono udzielić: po 100 kor. pp. Antoninie Zborowskiej, Stanisławie Reissowej, Annie Billigowej, Maryi Lembergerowej, Emmie Szaferowej, Satkowskim, Annie Dawidowej; p. Helenie Nideckiej 200 kor., a Jerzemu Kluczyńskiemu 50 kor.

8. L. 14. W sprawie podania p. Dobrowolskiej o zapomogę uchwalono polecić petentce, by się postarała o potwierdzenie podania przez jednego z lekarzy miejscowych.

Posiedzenie Wydziału Izby w dniu 28. marca 1916.

Obecni: Przewodniczący Dr Schoengut, Dr Damski, prof. Dr Ciechanowski, Dr Stahr.

1. Uchwalono udzielić zapomóg 10 petentom, a mianowicie: po 100 kor. Otylii Cholewiczowej, J. M. Propstowi, Katarzynie Trembeckiej, Karolinie Moreckiej, Annie Krzykowskiej, Stefanii Dobrowolskiej; po 150 kor. Zofii Mańkowskiej i Maryi

Galantowej, a po 50 kor. Eugenii Olszewskiej i Annie Zauderer. Podanie p. Końcowiczowej zwrócono do uzupełnienia.

2. L. 45. Podanie Dr G. o uwolnienie od opłaty do Izby. Odrzucono.

3. L. 20. Sprawa osobnej dopłaty lekarzowi gwarectwa w N. (Podanie wspólne lekarza i Zarządu). Uchwalono odpowiedzieć, co następuje: O ile w mowie będące badanie leżałoby wyłącznie w interesie czy to członków Kasy brackiej, czy to Zarządu, lekarz byłby obowiązany dokonać tego badania z tytułu ryczałtowego wynagrodzenia bez dalszej dopłaty. Ponieważ jednak sprawa ta jest niewątpliwie częścią akcyi w kierunku zwalczania chorób zakaźnych, podjętej przez c. k. Rząd, nie w interesie Kasy brackiej, tylko w interesie ogółu, przeto czynność ta należy właściwie do zakresu działania lekarza epidemicznego, lub innego lekarza do tej funkcyi delegowanego i osobno wynagradzanego. Jeżeli c. k. Rząd funkcye te pośrednio porucza lekarzowi Kasy brackiej, to lekarz ten powinien otrzymać za to osobne wynagrodzenie.

4. L. 42. Pismo »Unfallversicherungs-Gesellschaft«. Uchwalono zwrócić się o informacye do Wydziału wykonawczego Izb.

5. L. 32. Administracya podatków zapytuje o datę śmierci Dr Schudmaka. Uchwalono udzielić informacyi.

6. L. 39. Administracya podatków zapytuje o Dr Kozłowskiego. Uchwalono udzielić informacyi.

Posiedzenie Wydziału Izby w dniu 19. kwietnia 1916.

Obecni: Przewodniczący Dr Schoengut, prof. Dr Ciechanowski, Dr Stahr, Dr Bednarski. Usprawiedliwił nieobecność Dr Damski.

1. Odczytano i przyjęto protokoły z dwu poprzednich posiedzeń.

2. Odczytano i przyjęto do wiadomości dziennik od L. 161 do L. 182 z r. 1915 i od L. 1 do 65 z r. 1916.

3. L. 42. Sprawa umowy z towarzystwami ubezpieczeń od wypadków. Uchwalono nie przyjąć do wiadomości pisma Towarzystwa ubezpieczeń od wypadków i odpowiedzieć na nie zgodnie z odpowiedzią Izby salzburskiej.

4. L. 52. Sekcya niemiecka Izby lekarskiej czeskiej w sprawie płacy lekarzy okręgowych, powołanych do służby wojskowej. Przyjęto do wiadomości odpowiedź, udzieloną przez Prezydenta tymczasowo Izbie niemieckiej w Czechach i zapytanie, skierowane przez niego do Wydziału krajowego, oraz nadeszłą odpowiedź.

5. L. 53. Komenda wojskowa w sprawie honoraryum Dr A. Uchwalono umotywowaną odpowiedź, że honoraryum nie jest wygórowane.

6. L. 56. Dr W. z zażaleniem na Starostwo, że nie uznaje jego świadectw szczepienia. Przyjęto do wiadomości zapytanie, wysłane w tej sprawie do Namiestnictwa przez prezydyum Izby.

7. L. 59. Związek lekarzy okręgowych o poparcie podania do Namiestnictwa w sprawie płac lekarzy okręgowych. Uchwalono poprzeć podanie jak najgoręcej i poczynić kroki także w Radzie zdrowia przez delegata Izby.

8. L. 61. Dr Porajewski w sprawie awansu lekarzy pospolitego ruszenia. Uchwalono wnieść odpowiedni wniosek do Wydziału wykonawczego Izb, jako nagły.

9. L. 65. Namiestnictwo o opinię podania p. Heinza w sprawie apteki. Uchwalono wydać opinię przychylną.

10. W sprawie aktów sprawy Dr Ż. uchwalono wysłać do Namiestnictwa ponaglenie.

11. Podania o zapomogi: L. 51, 60, 44. Uchwalono udzielić po 100 kor. pp. Końcowiczowej, Zengtellerowej, Bresiewiczowej.

12. W sprawie egzekucyi podatków od lekarzy, powołanych do wojska, uchwalono wnieść przedstawienie do c. k. Administracyi podatków w Krakowie o odpisanie lekarzom, służącym pod bronią, podatku osobisto-dochodowego i zarobkowego od 1. IX. 1914 do 30. VI. 1916 i o wstrzymanie egzekucyi, a to na zasadzie rozporządzenia z 24. X. 1914 Dz. u. p. 293.

Posiedzenie Wydziału Izby w dniu 7. czerwca 1916.

Obecni: Prezydent Dr Schoengut, prof. Dr Ciechanowski, Dr Damski, Dr Stahr, Dr Bednarski.

1. Protokół poprzedniego posiedzenia przyjęto.

2. Dziennik do L. 87/16 włącznie przyjęto.

3. Sprawa podwyższenia honoraryów lekarskich wobec ogólnej drożyzny (referent: Prezydent Izby). Uchwalono nie ogłaszać żadnej publicznie ogólnej enuncyacyi i nie ustanawiać podwyższenia taryfy, natomiast jak najusilniej popierać każde, zarówno indywidualne, jak zbiorowe dążenie do poprawy honoraryów, a zwłaszcza płac ryczałtowych, odpowiadającej obecnym stosunkom ekonomicznym.

4. Do L. 85. Wydawnictwo »Przeglądu lekarskiego« uchwalono poprzeć subwencyą 100 kor. na wydanie zeszytu o chorobach wenerycznych, a zarazem zawiadomić Izbę wschodnio-galicyjską, iż Izba krakowska, dowiedziawszy się o wydawnictwie i uważając, że leży ono w interesie zarówno ludności, jak i zawodowolekarskim (uzupełniającego kształcenia się lekarzy), subwencyę taką udziela.

5. Do L. 77. Sprawa sporu Dr D. z Kasą bracką w N. Uchwalono odpowiedzieć, że Izba lekarska nie może zmienić swojego stanowiska, gdyż, zdaniem Izby, badanie kogokolwiek bez jego woli, a tem mniej przymusowe, nie jest prawnie dozwolone, jak tylko organom sanitarnym c. k. Władz politycznych, i to tylko w granicach, ściśle określonych ustawą o zwalczaniu chorób zakaźnych. Wobec tego miałby lekarz Kasy brackiej prawo badania gromadne w kierunku chorób zakaźnych, w szczególności wenerycznych, przeprowadzić tylko wtedy, gdyby był równocześnie lekarzem epidemicznym, delegowanym przez c. k. Władze polityczne, a w takim razie byłby także przez nie za to wynagradzany. Zwraca zarazem Izba lekarska uwagę, że choroby weneryczne, jak dotąd, nie podlegają w myśl ustawy epidemicznej obowiązkowi donoszenia, a lekarz, któryby podjął badania bez charakteru urzędowego, popadłby w kolizyę z ustawami, także i z ustawą karną ze względu na obowiązek tajemnicy lekarskiej.

6. Do L. 81. Zapytanie Dr Rossbergera o kwalifikacye oglądacza zwłok i bydła. Przydzielono do referatu kol. Dr Bednarskiemu.

7. Do L. 80. Magistrat m. Krakowa wzywa do wskazania konkretnych faktów, że p. Bol. Drobner używał tytułu doktora i dokonywał analiz moczu. Uchwalono zebrać i przesłać dowody.

8. Do L. 86. Dr R. zapytuje o wolne posady okręgowe w Krakowskiem. Polecono zwrócić się wprost do Wydziału krajowego.

9. Do L. 82. Sprawy zapomóg. Uchwalono udzielić p. Matczyńskiej 100 kor., p. Szaferowej zaś sprawę odroczyć.

10. Do L. 76. Odpowiedź Namiestnictwa w sprawie należytości lekarzy okręgowych. Uchwalono ogłosić w »Przeglądzie lekarskim« wraz z pismem Izby, wniesionem do Namiestnictwa poprzednio.

Posiedzenie Wydziału Izby w dniu 4. sierpnia 1916.

Obecni: Prezydent Dr Schoengut, prof. Dr Ciechanowski, Dr Damski, Dr Bednarski.

1. Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

2. Dziennik wpływów do Nr 125 przyjęto do wiadomości.

3. L. 90. Odpowiedź Zakładowi kredytowemu wojennemu przyjęto do wiadomości.

4. L. 99. Zażalenie Dr R. na Dr M. Uchwalono zażądać wyjaśnienia od Dr M.

5. W sprawie udziału lekarzy w pracach Centrali odbudowy kraju. Uchwalono przyłączyć się do akcyi Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i w tym celu porozumieć się z prof. Piltzem, prezesem Towarzystwa.

6. L. 110. Prośba Dr H. o radę w sprawie z gminą Z. Uchwalono zwrócić się do gminy Z. z wezwaniem, aby płacę zaległą za r. 1915 Dr H. wypłaciła i o tem zawiadomić Dr H.

7. L. 113. Zażalenie Dr K. na Dyrekcyę kolejową o wypowiedzenie posady, które wprawdzie wskutek rekursu do Namiestnictwa Dyrekcya cofnęła, Dr K. jednak wówczas ze swej strony posadę wypowiedział. Przyjęto do wiadomości.

8. L. 114. Zażalenie p. C. na Dr P. Uchwalono wezwać Dr P. do wyjaśnienia.

9. L. 117, 121, 125. Sprawa Dr R. Uchwalono Dr R. przesłać odpowiedź, stwierdzając, że czynności zastępcy oglądacza zwłok i weterynarza miejskiego są równoznaczne z czynnością lekarza i nie mogą być porównywane z czynnością niewykształconego oglądacza na wsi, który z konieczności ogląda zwłoki, co jest absurdem i powinno być usunięte.

10. Podania o zapomogę L. 101, 102, 103, 94, 116. Uchwalono udzielić po 100 kor. pp. Krzykowskiej, Zengtellerowej, Lembergerowej, Schaferowej, Karpińskiej, Zborowskiej.

11. L. 123. Zażalenie przeciw Dr R. Uchwalono wezwać Dr R. do wyjaśnienia ustnego.

12. Manipulantce Izby uchwalono podwyższyć płacę z 30 na 40 kor. miesięcznie.

Posiedzenie Wydziału Izby w dniu 21. września 1916.

Obecni: Prezydent Dr Schoengut, prof. Dr Ciechanowski, Dr Bednarski, Dr Damski.

1. Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.
2. Dziennik wpływów do L. 149 przyjęto.
4. L. 134. Dr L. prosi o rozpatrzenie sprawy między nim a Dr B. Przydzielono do referatu Dr Bednarskiemu.
5. L. 136. Dr R. prosi o odroczenie stawiennictwa lub pozwolenie usprawiedliwienia się pisemnego. Uchwalono odroczyć termin stawiennictwa osobistego, a zezwolić na pisemne wyjaśnienie.
6. L. 137. Namiestnictwo w sprawie koncesyi na aptekę w Czchowie. Uchwalono oświadczyć się za udzieleniem koncesyi.
7. L. 138. Kraj. Biuro opieki nad inwalidami prosi o wyznaczenie delegata do kraj. Urzędu pośrednictwa pracy inwalidów. Wybrano delegatem prezydenta Dr Schoenguta.
8. L. 142. Dr T. prosi o wydanie orzeczenia, że może odmówić pomocy lekarskiej pewnemu nienormalnemu osobnikowi. Uchwalono odpowiedzieć, że sprawa przekracza kompetencyę Izby, ewentualnie zwrócić uwagę na odpowiednie paragrafy ustaw.
9. L. 143. Namiestnictwo o opinię w sprawie honoraryum lekarskiego. Zatwierdzono odpowiedź, udzieloną przez Prezydyum Izby.
10. L. 114. Sprawa C. przeciw Dr P. Odczytano wyjaśnienie Dr P. i uchwalono zażądać aktów sądowych.
11. L. 140. P. Zauderer uchwalono udzielić 100 kor. zapomogi.
12. Dr S. donosi, że mu nie wypłacono kosztów szczepienia za r. 1915. Uchwalono zwrócić się do c. k. Namiestnictwa.

Posiedzenie Wydziału Izby w dniu 22. listopada 1916, o godz. 6 wieczorem.

Obecni: Przewodniczący prezydent Dr Schoengut, Dr Bednarski, prof. Dr Ciechanowski.

Z powodu śmierci Cesarza Franciszka Józefa I, prezydent po stosownem przemówieniu na znak żałoby zamknął posiedzenie.

Posiedzenie Wydziału Izby w dniu 22. listopada 1916, o godz. 7 wieczorem.

Obecni: Prezydent Dr Schoengut, prof. Dr Ciechanowski, Dr Bednarski.

1. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.
2. Odczytano i przyjęto do wiadomości dziennik podawczy do L. 199.
3. Prezydent zdaje sprawę z podróży do Wiednia na posiedzenie Wydziału wykonawczego Izb lekarskich dnia 15. października 1916, na którem omówiono projekt nowej ordynacyi lekarskiej, wypracowany przez referenta w Ministerstwie spraw wewnętrznych. Wywody Prezydenta przyjęto do wiadomości.
4. Poruszono sprawę organizacyi sanitarnej Galicyi wobec zamiaru wyodrębnienia kraju. Referat w tej sprawie poruczono wnioskodawcy prof. Dr Ciechanowskiemu.
5. L. 174. Sprawę D S., któremu obniżono rachunek za szczepienie o połowę, oddano do zbadania Dr Bednarskiemu.
6. L. 173. Uchwalono rozpisać rozprawę przeciw Dr R. około 15. grudnia b. r.
7. L. 162. Sprawa Dr W. Uchwalono odpowiedzieć Dr W., że pensya z Kasy chorych zależy od kontraktu, którego Izba lekarska nie zna.
8. Podania o zapomogi L. 153, 169, 191, 180, 188. — Uchwalono udzielić: p. Leniartek 100 kor., na ręce Dr Zaleskiego dla sierót po Dr Drewińskim 150 kor., p. Kaczyńskiej i p. Reissowej po 100 kor., a p. Krzykowskiej 50 kor.
9. L. 186. W sprawie udzielania pożyczek przez Wojenny Zakład kredytowy zawiadamia prezydent, że Galicyjski Wojenny Zakład kredytowy przystępuje do udzielania kredytów wolnym zawodom i zwraca uwagę na punkt 1. postanowień, według którego tylko osoby, nie pozostające w żadnym stosunku służbowym publicznym mogą korzystać z kredytu. Zastosowanie tego ograniczenia do lekarzy miałoby ten skutek, że lekarze okręgowi, kasowi i cywilni w służbie pospolitego ruszenia byliby wykluczeni od kredytu. Po dyskusyi Wydział uchwala, że Izba lekarska nie mogłaby współdziałać w udzielaniu kredytu, gdyby te ograniczenia co do lekarzy utrzymano w mocy.
10. L. 199. Na pismo grona osób z Z. o poczynienie kroków celem zwolnienia od służby wojskowej Dr Z. uchwalono odpowiedzieć, że takie kroki przekroczyłyby uprawnienie Izby lekarskiej. O zwolnienie może prosić tylko władza, której dotyczący jest funkcyonaryuszem. W tym wypadku mógłby to uczynić zarząd kolei, względnie gmina, o ile to leży w interesie jej mieszkańców.

Posiedzenie Wydziału Izby w dniu 12. grudnia 1916.

Obecni: Prezydent Dr Schoengut, Dr Damski, prof. Dr Ciechanowski.

1. Protokół poprzedniego posiedzenia przyjęto.
2. Dziennik wpływów od L. 200 do L. 222 odczytano i przyjęto do wiadomości.
3. Do L. 186. Sprawa opiniowania podań o pożyczki z Wojennego Zakładu kredytowego. Uchwalono zwrócić się oficyalnie na piśmie do Zakładu kredytowego z oświadczeniem, że Izba żąda, 1) by przed wydaniem opinii przez Izbę wydawało opinię Starostwo co do faktycznej szkody w przedmiotach, a Izba dopiero na tej zasadzie może oceniać wartość szkody ze stanowiska zawodowego, 2) by do lekarzy, mających dochody stałe (posady), nie stanowiące podstawy ich bytu, nie były stosowane ograniczenia w udzielaniu pożyczek. Bez spełnienia tych dwóch warunków musiałaby Izba zrzec się opiniowania podań. — Podanie o pożyczkę Dr R. uchwalono zwrócić petentowi z wezwaniem, by dołączył dowody szkody. Podanie zaś Dr K. uchwalono zaopiniować korzystnie.
4. Do L. 222. Sprawa rekursu co do podatku ekwiwalentowego. Uchwalono wnieść drugi rekurs do Kraj. Dyrekcyi skarbu, o ile doradca prawny uzna to za celowe.
5. Do L. 205. Sprawa koncesyi na nową aptekę w Lanckoronie. Zatwierdzono odpowiedź, wysłaną przez prezydyum Izby.
6. Do L. 217. Zapytanie Namiestnictwa: 1) czy Izba uchwaliła podwyższenie honoraryów lekarskich, 2) jakie są stosunki co do możności uzyskania pomocy lekarskiej.

Uchwalono ad 1), powołując się na uchwałę z dnia 7. VI. 1916, zaznaczyć, że Izba nie uchwaliła wogóle żadnego podwyższenia taryfy, postanowiła jednak popierać starania lekarzy, tak indywidualne, jak i zbiorowe, o usprawiedliwione podwyższenie wynagrodzeń; dalej, że lekarze wprawdzie prawie powszechnie sami podnieśli honorarya, jednakże w stopniu o wiele mniejszym, niżby to wzrost ogólnej drożyzny wymagał. Ad 2). Możność uzyskania pomocy lekarskiej istotnie się zmniejszyła w okręgu Izby przez przenoszenie lekarzy (cywilnych, obowiązanych do pospolitego ruszenia) poza kraj, oraz przez tu i owdzie ze strony władz wojskowych nieżyczliwe stanowisko dla prywatnej praktyki lekarzy wojskowych, władających językiem polskim. Przeciwko przenoszeniu lekarzy poza kraj podjęła Izba swego czasu kroki u c. k. Namiestnictwa, jednak mimo opinii c. k. Namiestnictwa i Najwyższej Komendy Armii stosunki wcale się nie polepszyły, a przenoszenie lekarzy poza kraj trwa dalej.

7. Do L. 210. Sprawa zastępczej działalności »Przeglądu lekarskiego« za organ Izby lekarskiej do czasu wznowienia tego organu. Uchwalono w zasadzie, przed zawarciem jednak układu zażądać kosztorysu.
8. Do L. 212. Sprawa wyodrębnienia sanitarnej administracyi. (Referent prof. Dr Ciechanowski). Uchwalono zwrócić się do Izby lwowskiej w celu zorganizowania wspólnej akcyi z prośbą o jak najspieszniejszą odpowiedź.
9. Do L. 205. Sprawa wymiany lekarzy jeńców. Przyjęto do wiadomości odpowiedź Namiestnictwa.
10. Do L. 221, 218, 213, 209, 214, 233. Uchwalono udzielić zapomóg po 100 kor. pp. Zabierowskiej-Hofmanowej, Kawalerskiej, Karpińskiej, Billigowej, dwu zaś podań nie uwzględniono.

Posiedzenie Rady honorowej w dniu 12. grudnia 1916 roku.

Obecni: Prezydent Dr Schoengut, Dr Damski, prof. Dr Ciechanowski.

1. Do L. 158. Sprawa skargi p. C. przeciw Dr P. Uchwalono rozpisać rozprawę.
2. Do L. 123. Sprawa Dr R. Uchwalono rozprawę odłożyć do stycznia 1917.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Prof. Dr Kazimierz Majewski został mianowany profesorem zwyczajnym i dyrektorem kliniki okulistycznej.

— Redaktor główny »Przeglądu lekarskiego« powrócił do swych czynności.

— Grono kolegów, popierających wydawnictwo »Przeglądu lekarskiego« dobrowolną ofiarą, zwiększyli: prof. Dr Paweł Kucera i prof. Dr Józef Wiczkowski ze Lwowa.

— Dyplom doktora wszech nauk lekarskich uzyskał p. Józef Teodor Kucharski, rodem ze Zduńskiej Woli w Królestwie.

— Izba lekarska zachodnio-galicyjska podaje do wiadomości kolegów następujące pismo Wydziału wykonawczego Izb austryackich: »Wobec mnogich zapytań zawiadamiam, że Wydział wykonawczy Izb lekarskich austryackich prosił Ministerstwo robót publicznych o przydział węgla dla lekarzy już 21. lipca b. r. pismem L. 664/17, że sam też osobiście tę sprawę przedstawiłem i że wskutek tego przyrzeczono lekarzom udzielić dodatkowe karty węglowe. Również przyrzeczono lekarzom wskutek interwencyi Wydziału wykonawczego przyznać dodatkowe karty na mydło. Za Wydział wykonawczy: Finger, przewodniczący«.

— Czerwonka, szerząca się gwałtownie na całym obszarze Polski, chwilowo przycichła w Krakowie, liczba nowych przypadków w ostatnim tygodniu znów jednak wzrosła.

— Poradnia przeciwgruźlicza Czerwonego Krzyża w Zakopanem otwarta została 8. IX. bardzo uroczyście w obecności namiestnika pułk. gen. hr. Huyna, komendanta wojskowego marsz. poln. Brandnera oraz szefów sanitarnych Dr Winternitza i Ferstena z Krakowa, komendanta stacyi w Zakopanem gener. hr. Ledóchowskiego, starosty nowotarskiego p. Psarskiego, delegatów Zarządu austr. Czerwonego Krzyża Dr Lambergera i r. dw. Dr Schönbauera, delegatów Komitetu Książęco-Biskupiego prof. Dr Godlewskiego i prof. Dr Kleckiego, prezesa Sekcyi zakopiańskiej Tow. lek. gal. Dr Brzezińskiego i Zarządu galicyjskiego Czerwonego Krzyża z Pawłem ks. Sapiehą na czele. Przy otwarciu oprócz ks. Sapiehy przemawiał burmistrz Zakopanego p. Regiec, lekarz stacyi klimatycznej Dr Gabryszewski, a imieniem Wydziału krajowego inspektor Dr Müller.

— Nader charakterystyczny był wynik konferencyi w sprawie funduszów na zwalczanie gruźlicy w Galicyi, odbytej w Krakowie 8. IX. przy udziale r. dw. Dr Haberlera i insp. Dr Taubego ze strony ministerstwa spraw wewnętrznych, szefa departamentu Dr Bernadzikowskiego i sekretarza Dr Ostrowskiego-Bełzy ze strony Wydziału krajowego, r. dw. Brücknera ze strony Krajowej Komisyi opieki nad inwalidami, prof. Dr Wiczkowskiego, doc. Dr Janiszewskiego i Dr Rospędzihowskiego ze strony Biura kraj. Komisyi przeciwgruźliczej, krajowego referenta sanitarnego r. dw. Lachowicza i lek. pow. Dr Momidłowskiego. Przedstawiciele ministerstwa oświadczyli, że na zwalczanie gruźlicy w Galicyi łożyć powinien w pierwszym rzędzie Wydział krajowy, a rząd udzieli tylko subwencyi na poszczególne zakłady. Natomiast wszyscy inni uczestnicy konferencyi, sprzeciwiając się temu, żądali zasiłków z funduszów państwowych w takiej wysokości, w jakiej je określi Krajowa Komisya przeciwgruźlicza. (Jak wiadomo, z wielomilionowych funduszów przeciwgruźliczych państwowych otrzymała Galicya dotąd ledwo 150.000 kor.).

Z różnych stron. Pierwszy w Austryi minister zdrowia publicznego, Dr Jan Horbaczewski, narodowości Ukraińskiej, urodzony w r. 1854 w Zarubińcach pod Tarnopolem, ukończył studya lekarskie w Wiedniu i tam też został asystentem przy katedrze chemii lekarskiej. Zdobywszy sobie pracami w tym dziale nauki głośne imię, został w r. 1883 mianowany profesorem nadzwyczajnym, a w r. 1884 profesorem zwyczajnym czeskiego uniwersytetu w Pradze. Mianowany radcą dworu i członkiem Najwyższej Rady zdrowia, a wreszcie w r. 1909 członkiem Izby Panów; obecnie jako minister ma za zadanie przygotować organizacyę ministerstwa zdrowia.

Redakcya otrzymała: Borowiecki: O t. zw. arinencefalii i jej stanowisku wśród wad rozwojowych mózgu. Kraków (Akad. Umiej.) 1917. — J. Jaworski: Spis prac i rozpraw za 25-lecie. Warszawa 1917. — Klaar i Wachtel: Die Operation der Steckgeschosse im Röntgenlicht. (Deutsche m. W. 1917). — Grzywo-Dąbrowski: 1) Spostrzeżenia z dziedziny anatomii patologicznej duru osutkowego. 2) Przyczynek do kliniki objawów nerwowych w durze osutkowym. (Gaz. lek. 1917). 3) Cztery przypadki śmiertelnego zatrucia grzybami. (Med. i Kron. lek. 1917).

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Rocznik VIII. 1917. Monachium (J. F. Lehmann). Wrzesień. (Cena 2·50 Mk.).

Zeszyt ten zawiera rozprawy: Dr Jaffego o higienie społecznej w Niemczech w r. 1916, prof. Linigera o nowoczesnem leczeniu uszkodzeń wskutek wypadku i prof. Sudhoffa o opiece nad inwalidami wojennymi ze stanowiska historycznego.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich we wrześniu 1917.

Gazeta lekarska Nr 34—38.: Horodyński: Przypadek porażenia nerwów obwodowych z powodu opaski sprężystej (35). — Sohn: Cukromocz a cholesterynemia ciężarnych (34—37). — Zembrzuski: Przypadek uporczywej przetoki ślinnej (36). — Szokalski: Odczyn Weil-Felixa w durze plamistym (37—38). — Borsukiewicz: Przypadek zespołu chorobnego: chorea, endocarditis, polyarthritis et erythema nodosum (38).

Medycyna i Kronika lekarska Nr 34—38.: Higier (dok. 35). — Saidman: Przyczynek doświadczalny nad *(sic!)* przetoką Ecka (36—38). — Likiernik: Nabłoniak skóry zaraźliwy, przewlekły nieżyt łącznicy i jaglica rzekoma (38).

Kronika dentystyczna Nr 9.: Cieszyński: Instytut dentystyczny Uniwersytetu lwowskiego.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Nadesłane.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.